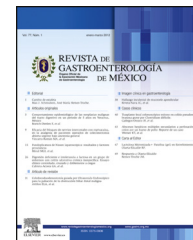




REVISTA DE  
GASTROENTEROLOGÍA  
DE MÉXICO

[www.elsevier.es/rgmx](http://www.elsevier.es/rgmx)



## EDITORIAL

# Disminución en la calidad de vida de pacientes con dolor torácico no cardíaco: sus causas y efectos<sup>☆</sup>



## Diminished quality of life in non-cardiac chest pain: A cause as much as an effect

El dolor torácico no cardíaco (DTNC) es una condición que con mayor frecuencia se reconoce como causante de un incremento en la morbilidad así como también de los costos debido al uso frecuente de los servicios de salud por parte de los pacientes que lo padecen. Aunque no se cuenta con una definición precisa de DTNC, una descripción que prevalece es la de episodios de dolor que son clínicamente indistinguibles de los dolores de tipo isquémico después de que se ha descartado una causa de origen cardíaco mediante la utilización de pruebas específicas<sup>1</sup>. Frecuentemente el DTNC se atribuye a condiciones esofágicas como la enfermedad por reflujo gastroesofágico, la enfermedad por reflujo no-erosiva, el dolor torácico funcional y los trastornos motores del esófago.

La incertidumbre persiste en torno a su epidemiología y la totalidad de los factores que lo provocan pero la disminución en la calidad de vida del paciente es una característica del DTNC que ha sido reportada consistentemente.

El trabajo de Ortiz-Garrido et al.<sup>2</sup> evalúa la calidad de vida en pacientes mexicanos con DTNC y su relación con las características clínicas y etiológicas. El estudio, realizado en un único centro de atención de la salud en México, pareó a 33 pacientes con DTNC de presunto origen esofágico con 51 controles sanos sin antecedentes de dolor de pecho o síntomas esofágicos. En todos los pacientes se realizó esofagogastroduodenoscopia, monitorización ambulatoria del pH esofágico de 24 h y manometría esofágica para determinar la etiología del DTNC, así como también se evaluó las características de sus síntomas. El 48% de los pacientes fueron diagnosticados con enfermedad por reflujo gastroesofágico,

el 34% con acalasia, y el 18% con dolor torácico funcional mientras que los 3 síntomas más predominantes fueron la regurgitación (81%), la disfagia (72%) y la pirosis (66%). Todos los sujetos evaluados, tanto casos como controles, contestaron el cuestionario de calidad de vida el SF-36. Los sujetos con DTNC tuvieron significativamente una disminución en la calidad de vida respecto a los controles. Sin embargo, entre los pacientes con DTNC no se observó ninguna diferencia significativa en la calidad de vida con respecto a la etiología del DTNC (enfermedad por reflujo gastroesofágico, acalasia, dolor torácico funcional) o la sintomatología predominante.

La disminución en la calidad de vida es una secuela bien reconocida en el DTNC pero cada vez se considera más que, junto con las alteraciones psiquiátricas, son factores característicos de esta entidad. Varios estudios han establecido la correlación entre enfermedades psiquiátricas e indicadores asociados de calidad de vida (estrés, ansiedad, preocupación, falta de control) en pacientes con DTNC, así como sus posibles roles como factores precipitantes o agravantes<sup>3-8</sup>. Además, estas observaciones se han confirmado en ensayos clínicos controlados con placebo (aunque pocos y pequeños) en donde se ha demostrado una mejora en la calidad de vida en pacientes con DTNC con el uso de antidepresivos, así como con intervenciones psiquiátricas no farmacológicas (como la terapia cognitivo-conductual)<sup>9</sup>. Por lo tanto, los pacientes con DTNC desarrollan un círculo vicioso en donde se perpetúan las alteraciones psiquiátricas y la disminución en la calidad de vida (difícil saber si son causa y/o efecto) por lo que esta entidad resulta muy difícil de tratar de manera eficaz. Este estudio confirma los efectos nocivos que el DTNC puede tener en la calidad de vida de los sujetos que lo padecen. Resulta importante el hallazgo de que la disminución en la calidad de vida no se relacionó con la etiología del DTNC ni con la sintomatología predominante, de tal forma que esta afección es consistente en todos los casos de DTNC. De acuerdo con los trabajos que en la actualidad se realizan en esta área, los resultados de este estudio

<sup>☆</sup> Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2015.03.005>, Ortiz-Garrido O, Ortiz-Olvera NX, González-Martínez M. et al. Clinical assessment and health-related quality of life in patients with noncardiac chest pain. Rev Gastroenterol Mex. 2015;80(2):121–9.

muestran un papel central de las alteraciones psiquiátricas y los indicadores relativos a calidad de vida, los cuales a su vez se asocian a la morbilidad y la sintomatología de los pacientes con DTNC, y que van más allá de cualquier alteración orgánica que se puede detectar en estos pacientes.

Además, el hecho de que la afección en la calidad de vida es independiente de la etiología y de los síntomas de un paciente con DTNC, este trabajo se suma a la ola de la literatura actual que indica un papel causal de la peor calidad de vida en la perpetuidad de los síntomas de DTNC y su morbilidad. Se requieren de futuros estudios, con muestras más grandes y con tratamientos (tanto farmacológicos como no farmacológicos) dirigidos específicamente a la mejoría de los indicadores de calidad de vida y alteraciones de la enfermedad psiquiátricas para entender mejor esta relación.

## Financiamiento

No se recibió financiamiento para la elaboración de este trabajo.

## Conflicto de intereses

El autor no tiene ningún conflicto de intereses.

## Referencias

1. Fass R, Achem SR. Noncardiac chest pain: Epidemiology, natural course and pathogenesis. *J Neurogastroenterol Motil.* 2011;17:110–23.
2. Ortiz-Garrido O, Ortiz-Olvera NX, González-Martínez M. et al. Clinical assessment and health-related quality of life in patients with noncardiac chest pain. *Rev Gastroenterol Mex.* 2015; 80:121–9.
3. Webster R, Norman P, Goodacre S, et al. Illness representations, psychological distress, and non-cardiac chest pain in patients attending an emergency department. *Psychol Health.* 2014;29:1265–82.
4. Eslick GD, Talley NJ. Natural history and predictors of outcome for non-cardiac chest pain: A prospective 4-year cohort study. *Neurogastroenterol Motil.* 2008;20:989–97.
5. Hadlandsmyth K, Rosenbaum DL, Craft JM, et al. Health care utilisation in patients with non-cardiac chest pain: A longitudinal analysis of chest pain, anxiety and interoceptive fear. *Psychol Health.* 2013;28:849–61.
6. Ortiz-Olvera NX, Gonzalez-Martinez M, Ruiz-Flores LG, et al. Causes of non-cardiac chest pain: Multidisciplinary perspective. *Rev Gastroenterol Mex.* 2007;72:92–9.
7. Rosenbaum D, White K, Gervino E. The impact of perceived stress and perceived control on anxiety and mood disorders in noncardiac chest pain. *J Health Psychol.* 2012;17:1183–92.
8. Hadlandsmyth K, White K, Krone J. Quality of life in patients with non-CAD chest pain: Associations to fear of pain and psychiatric disorder severity. *J Clin Psychol Med Settings.* 2013;20:284–93.
9. Krarup A, Liao D, Gregersen H, et al. Nonspecific motility disorders, irritable esophagus, and chest pain. *Ann N Y Acad Sci.* 2013;1300:96–109.

M. Malamood<sup>a</sup> y R. Schey<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup> *Department of Gastroenterology, Temple University Hospital, Philadelphia, Pennsylvania, Estados Unidos*

<sup>b</sup> *Section of Gastroenterology, Temple University Hospital, Philadelphia, Pennsylvania, Estados Unidos*

\* Autor para correspondencia. Section of Gastroenterology Temple University Hospital, 3401 N. Broad Street, Philadelphia, PA. Teléfono: +215- 707-9900; fax: +215-707-2684. Correo electrónico: [Ron.Schey@tuhs.temple.edu](mailto:Ron.Schey@tuhs.temple.edu) (R. Schey).